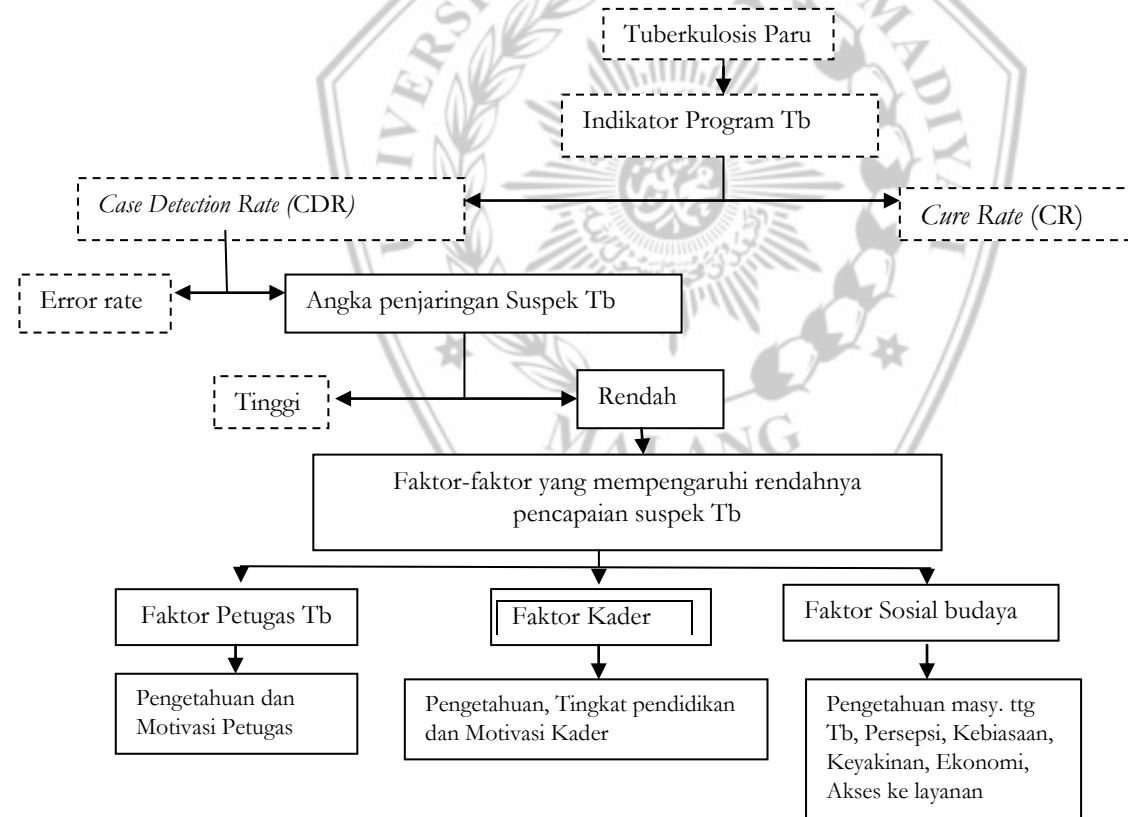


BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

: Berhubun

Tuberkulosis paru adalah penyakit peradangan pada parenkim paru yang disebabkan oleh infeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis paru mencakup 80% dari keseluruhan kejadian penyakit tuberkulosis, sedangkan selebihnya 20% merupakan tuberkulosis ekstrapulmonar (Darmanto, 2009 : 151). Proses terjadinya infeksi oleh *M. tuberculosis* biasanya terjadi secara inhalasi, sehingga TB paru merupakan manifestasi klinis yang paling sering dibanding organ lainnya. Penularan penyakit ini sebagian besar melalui inhalasi basil yang mengandung *droplet nuclei*, khususnya yang didapat dari pasien TB paru dengan batuk berdarah atau berdahak yang mengandung basil tahan asam (BTA) (Amin & Bahar, 2009 : 2232)

Infeksi diawali karena seseorang menghirup basil *M. Tuberculosis*. Bakteri meyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang biak dan bertumpuk pada daerah tersebut. Perkembangan *M. Tuberculosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Penyebaran basil ini bisa juga melalui sistem limfe dan aliran darah ke bagian tubuh lain seperti ginjal, tulang, korteks serebri dan area lain dari paru-paru (lobus atas) (Somantri, 2008 : 60). Selanjutnya, sistem imun/kekebalan tubuh memberikan respons dengan melakukan reaksi inflamasi. Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan eksudat terakumulasi dalam alveoli yang dapat menyebabkan terjadinya bronkopneumonia. Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri. Interaksi antara *M. Tuberculosis* dan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah massa jaringan baru yang disebut granuloma. Granuloma terdiri atas kumpulan basil hidup dan mati yang dikelilingi oleh makrofag yang membentuk dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari jaringan tersebut

disebut *ghon tubercle*. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya membentuk materi yang penampakannya seperti keju (*necrotizing caseosa*). Hal ini akan berubah menjadi kalsifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen, kemudian bakteri menjadi nonaktif (Somantri, 2009 : 68). Setelah infeksi awal, jika respon sistem imun tidak adekuat maka penyakit akan menjadi lebih parah. Penyakit yang kian parah dapat timbul akibat infeksi ulang atau bakteri yang sebelumnya tidak aktif kembali menjadi aktif. Pada kasus ini, *ghon tubercle* mengalami ulserasi sehingga menghasilkan *necrotizing caseosa* di dalam bronkhus. Tuberkel yang ulserasi selanjutnya menjadi sembuh dan membentuk jaringan parut. Paru-paru yang terinfeksi kemudian meradang, mengakibatkan timbulnya bronkopneumonia, membentuk tuberkel, dan seterusnya (Somantri, 2008 : 60).

Tersangka penderita TB adalah seseorang yang memiliki gejala batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih, batuk dapat diikuti gejala tambahan seperti dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, penurunan berat badan, malaise, berkeringat di malam hari walaupun tanpa melakukan kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Penjaringan terhadap terduga (*suspect*) pasien TB merupakan salah satu dari serangkaian kegiatan untuk menemukan pasien TB sehingga tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain. Penjaringan terduga pasien TB dilakukan difasilitas kesehatan; didukung dengan promosi secara aktif oleh petugas kesehatan bersama masyarakat untuk meningkatkan cakupan penemuan *suspect* penderita TB (Kemenkes, 2014). Banyak faktor yang dapat mempengaruhi rendahnya angka pencapaian penjaringan suspek TB paru, antara lain Petugas pemegang program TB paru di puskesmas, Kader kesehatan dan faktor sosial budaya (masyarakat). Petugas pemegang program TB paru di puskesmas merupakan ujung tombak dalam penemuan, pengobatan dan evaluasi penderita

maupun pelaksanaan administrasi program di puskesmas. Kader kesehatan adalah tenaga sukareka yang dipilih dari dan oleh masyarakat dengan tujuan agar pelayanan kesehatan yang selama ini dikerjakan oleh petugas kesehatan saja dapat dibantu oleh masyarakat. Dengan demikian masyarakat bukan hanya merupakan objek pembangunan kesehatan, tetapi juga merupakan mitra pembangunan itu sendiri (Efendi & Makhfudli, 2009). Dalam penelitian Wahyudi (2009) menyatakan bahwa ada hubungan yang positif dan signifikan antara pengetahuan kader kesehatan dengan penemuan suspek TB.

Selanjutnya adalah faktor sosial budaya yang meliputi faktor pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB dimana ditemukan bahwa masyarakat cenderung untuk tidak melakukan suatu tindakan pengobatan disebabkan anggapan bahwa gejala awal penyakit TB merupakan gejala yang ringan, untuk itu tidak diperlukan untuk dilakukan penanganan ataupun pengobatan (Duan, et al. 2013). Selain faktor pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB, faktor sosial budaya yang lain adalah akses ke layanan kesehatan dan ekonomi masyarakat, ditemukan dalam penelitian Media (2011) bahwa kondisi sulitnya masyarakat untuk mencapai akses pelayanan kesehatan (puskesmas) karena jarak yang relative jauh dan beratnya biaya transportasi adalah menjadi pertimbangan masyarakat dalam upaya pencarian pengobatan. Persepsi, keyakinan dan kebiasaan masyarakat merupakan bagian dari faktor sosial budaya yang mempengaruhi pencapaian penemuan penderita terduga TB paru. Disebutkan bahwa pandangan atau persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan (Notoatmodjo, 2010 : 109). Lebih dari itu memahami kesalahpahaman atau persepsi yang salah sangatlah penting karena dimungkinkan sebagai indikasi dari adanya penundaan pencarian pengobatan yang benar dan penolakan untuk melakukan pengobatan dan kepatuhan melakukan

pengobatan. Kesalahpahaman atau persepsi yang salah mengarah pada stigma, yang mempersulit dalam pelibatan masyarakat dalam program pengontrolan penyakit tuberkulosis paru (Gelaw, 2016). Keyakinan yang salah mengenai penyakit Tb paru dan kebiasaan masyarakat untuk melakukan tindakan mengobati sendiri (*self treatment* atau *self medication*) merupakan faktor lain yang menghambat masyarakat untuk mengunjungi fasilitas kesehatan, pada akhirnya akan berdampak pada proses penyakit yang rumit, meningkatnya pasien yang menderita, penularan penyakit yang semakin meluas di masyarakat, dan meningkatkan resiko kematian akibat penyakit tuberkulosis paru (Engeda, et al. 2016).

